

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

François de GAUDART d'ALLAINES

Né le 11 Janvier 1892, Paris
Interne des Hôpitaux de Paris
Aide d'Anatomie à la Faculté

L'HYSTÉRECTOMIE FUNDIQUE

(TECHNIQUE — INDICATIONS — RÉSULTATS)

Travail du Service du Professeur LECÈNE

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2 RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1922

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

99

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

François de GAUDART d'ALLAINES

Né le 11 Janvier 1892, Paris
Interne des Hôpitaux de Paris
Aide d'Anatomie à la Faculté

L'HYSTÉRECTOMIE FUNDIQUE

(TECHNIQUE — INDICATIONS — RÉSULTATS)

Travail du Service du Professeur LECÈNE



Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
Clinique médicale.	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P. MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses.	GOSSET
	LEJARS
Clinique chirurgicale.	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEDEBOULLET	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de Pathologie Externe
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

*C'est au cours de l'année que je viens
de passer à Saint-Louis que vous
m'avez donné l'idée de ce travail
dont vous m'avez fourni les élé-
ments. Veuillez trouver ici le témoi-
gnage de mon respectueux atta-
chement et de ma reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY

Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur

*En remerciement de l'enseignement
chirurgical que vous m'avez don-
né pendant et après la guerre,
et des liens de profonde et respec-
tueuse affection qui m'unissent
à vous.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat

1912-13 — M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MORESTIN
(*in memoriam*)

Internat provisoire

1913-14 — M. LE DOCTEUR RICHARDIÈRE
— M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MACAIGNE

Internat

1919-20 — M. LE DOCTEUR LAUNAY
1920-21 — M. LE DOCTEUR V. VEAU
— M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRÉGOIRE
1921-22 — M. LE PROFESSEUR LECÈNE
1922-23 — M. LE PROFESSEUR HARTMANN
1923 — M. LE PROFESSEUR GOSSET

M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS ALGLAVE
ET ROUVIÈRE

MM. LES DOCTEURS CHIFOLIAU, COMBY, ENRIQUEZ,
HUDELO, LEMÉE,
MARTIN, MONDOR, MOURE, TOUPET
des Hôpitaux de Paris

DÉFINITION

Sous le nom d'*Hystérectomie fundique*, nous entendons l'ablation du fond du corps utérin avec extirpation d'une partie des annexes malades, en respectant en général un ovaire entier ou au minimum un fragment d'ovaire sain.

Dans l'H. F. il est essentiel de conserver, avec un ovaire ou un fragment d'ovaire sain, *une partie de la muqueuse du corps utérin*. Cette opération a pour but d'obtenir la persistance de la fonction menstruelle et d'éviter ainsi les troubles de ménopause anticipée si pénibles chez les femmes jeunes.

HISTORIQUE

La littérature médicale contemporaine fait peu de place aux procédés opératoires intermédiaires entre la conservation de tout l'utérus et l'hystérectomie totale ou subtotale. Les périodiques et les livres du siècle dernier sont à peu près muets sur le procédé que nous voulons décrire.

Cependant en 1899 ABEL ZWEIFEL dans un article un peu confus écrit que : « chez trois malades, chez lesquelles au cours d'une hystérectomie il était resté avec un ovaire un peu de la muqueuse du corps utérin, il observa des règles légères et une santé parfaite sans troubles de la ménopause ». Cette constatation, qui paraît plus le fruit du hasard que celui d'une technique méthodique, entraîna ZWEIFEL à décrire une méthode d'ablation du fond du corps utérin pour fibromyomes avec une péritonisation aux dépens de la trompe et des ligaments ronds.

C'est de cette communication que s'inspirent deux articles ultérieurs, l'un de WERTH (Kiel, 1902), préconisant dans une courte note de laisser avec un ovaire un moignon utérin étendu, l'autre de ALBAN G. H. DORAN (1905) où le chirurgien anglais apporte une petite statistique en faveur de la conservation d'une partie du corps utérin.

Un peu plus tard, à la suite d'une note de PFANNENS-

TIEL (1906) paraissent deux volumineux mémoires de COHN (1908) et de DÜHRSSSEN (1908). Ces deux auteurs préconisent la résection du fond du corps utérin contre la métrite chronique.

A vrai dire, ces articles ne décrivent pas l'H. F. telle que nous l'indiquerons plus loin, mais les auteurs insistent longuement sur le rôle de la métrite chronique prédominant dans le fond de l'utérus ; c'est là une notion connue et importante sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement.

En 1908 enfin BEUTTNER (de Genève) publie un procédé d'hystérectomie applicable aux femmes jeunes atteintes de métrite avec salpingite bilatérale. Ce procédé consiste, après hémisection du fond du corps utérin ; à réséquer de chaque côté le fond de l'utérus et à l'enlever avec l'annexe malade en respectant un ovaire ; procédé dérivé d'après BEUTTNER lui-même du procédé d'hémisection de M. J.-L. FAURE.

L'article de BEUTTNER est court, et ne précise pas la technique de la péritonisation ; l'auteur apporte seulement trois observations sans résultats éloignés, mais en 1914 son élève AUBERT reprend la même idée, la développe et précise la technique de péritonisation.

Parallèlement à l'école de Genève, KELLY en 1909 décrit une opération analogue pour les fibromes du fond non énucléables. Son article pourvu d'un certain nombre de cas tous favorables, incite quelques auteurs italiens BERTINO, SPINELLI (1911) à pratiquer « l'opération de KELLY » et en a publié d'excellents résultats. Ces auteurs, du reste n'ont en vue que les fibromes ; alors que les chirurgiens précédents envisageaient surtout les salpingites bilatérales.

RÉSUMÉ DES DIVERSES OPÉRATIONS CONSERVATRICES DANS LA CHIRURGIE UTÉRO-ANNEXIELLE ET DE LEUR UTILITÉ

L'H. F. est une opération applicable aux femmes jeunes. Elle vise à empêcher au maximum, voire même à supprimer complètement les troubles de la ménopause artificielle précoce.

Ces troubles sont, en effet, d'une façon générale, d'autant plus intenses que la femme est plus jeune.

Les anciennes opérées viennent se plaindre de troubles variés : apathie, tristesse, asthénie musculaire ; elles accusent des bouffées de chaleur avec congestion du visage, quelquefois vertiges et céphalées ; elles engraisent d'une façon exagérée. Ces troubles sont quelquefois légers ; mais bien plus souvent aussi ils sont très pénibles, interrompant toute activité pendant plusieurs jours et nécessitant le repos complet. Plus rarement ce sont des troubles graves : psychoses diverses où « l'insuffisance ovarienne joue un rôle aussi grand que la défaillance primitive, héréditaire de la cellule nerveuse » (LAINEL-LAVASTINE).

Les diverses préparations opothérapiques prescrites habituellement ne sont qu'un palliatif contre ces accidents, dont l'intensité peut constituer parfois une véritable infirmité d'une durée plus ou moins longue, jusqu'à ce que l'âge vienne apaiser ces troubles et les rendre plus supportables.

Ces troubles de la ménopause ont depuis longtemps fait chercher des opérations conservatrices dans la chirurgie de l'appareil génital de la femme.

Les procédés de conservation dérivent surtout de deux méthodes :

Enucléation d'un fibrome clivable.

Ablation unilatérale des annexes malades.

Ces deux procédés restent encore employés ; leur utilité est certaine et nous ne voulons pas dire que l'H. F. doive toujours les remplacer ; mais, en réalité, leurs indications sont très restreintes.

L'énucléation des fibromes répond à ces cas limités.

Cas où le fibrome est unique et énucléable, où il saille vers la cavité péritonéale et non vers la muqueuse. Ce sont là des types anatomiques plutôt rares et ce sont, surtout dans ces cas, des tumeurs latentes ou peu gênantes et qui sont peut-être les plus justiciables de l'abstention opératoire. Cette technique n'est pas applicable aux fibromes à noyaux multiples, elle est difficile à pratiquer dans les fibromes mous, peu clivables ; l'hémostase n'est pas satisfaisante et on peut voir des hématomes ; en outre la méthode expose à des récives ou plutôt à la continuation de l'évolution des fibromes laissés en place, lors de l'énucléation.

L'ablation unilatérale des annexes.

Les données pathogéniques de l'infection annexielle quel que soit l'agent d'infection, (streptocoque seul ou associé aux anaérobies dans l'infection post-abortum ou post-partum, gonocoque dans l'infection blennorragique), nous montrent la nécessité absolue de l'étape utérine.

On conçoit donc combien fréquemment l'infection partant du fond utérin envahit bien qu'inégalement les deux trompes et surtout reste latente dans le corps de l'utérus ; il est fréquent de revoir des malades déjà opérées d'ablation unilatérale des annexes ; elles reviennent trouver l'opérateur ou un autre chirurgien, pour une métrite chronique ou une annexite du côté opposé dont l'évolution continue.

Il n'en est pas moins vrai que l'ablation unilatérale des annexes est, dans certains cas, une bonne opération que l'on doit pratiquer chez toute femme jeune dont les lésions sont nettement unilatérales. En effet, la possibilité de grossesses ultérieures et l'indication de ne pas faire la castration sont des considérations fort importantes à cet âge ; aussi la salpingectomie unilatérale est-elle une opération encore fréquemment utilisée. Nous n'entendons pas lui opposer l'H. F. qui répond à des cas différents avec lésions bilatérales manifestes.

Les opérations plastiques sur les annexes.

Contre cette bilatéralité si fréquente des lésions, de nombreux auteurs se sont efforcés, en opérant de deux côtés, de respecter les fonctions ovarienne et tubaire. Ils ont préconisé une série d'opérations toutes à peu près du même type.

Du côté le plus malade, ablation complète du paquet annexiel, de l'autre côté, opération conservatrice telles que : *Expression et cathétérisme des trompes* (POLK). *Salpingopexie* (FAURE). *Salpingorrhaphie* (POZZI). *Salpingostomie* (MARTIN). Ces opérations compliquées sont à peu près tombées dans l'oubli. Les sequelles étaient les mêmes que dans les cas que nous venons de voir et, même, le développement ultérieur de grossesses extra-utérines (WATKINS et WESLEY BOYÉ) en rendaient quelquefois les suites éloignées particulièrement fâcheuses.

Un ovaire est laissé en place au cours d'une hystérectomie

En résumé, mis dans l'obligation dans la plupart des cas de pratiquer l'hystérectomie ; les chirurgiens ont essayé de pallier les troubles de ménopause anticipée en laissant en place un ovaire ou un fragment d'ovaire sain.

Les résultats obtenus par l'emploi de cette méthode sont bien peu encourageants. Parmi les dernières statistiques publiées celle de POLACK de New-York (1911) s'appuie sur 132 cas personnels, dans la moitié desquels il a conservé un ou deux ovaires tout en enlevant le corps utérin. *Les résultats sont identiques dans les cas de conservation ou de non conservation des ovaires.* En revanche dans les cas où l'ovaire avait été conservé, POLACK a observé une fois sur cinq des douleurs persistantes au niveau de l'ovaire laissé en place.

En effet en dehors d'avantages assez problématiques au point de vue de la sécrétion interne de l'ovaire, il existe des inconvénients quelquefois sérieux.

En 1905, à la Société de chirurgie, M. ROUTIER apporta

un cas d'hématocèle enkystée opérée après des accidents graves ; il s'agissait d'une malade à qui, au cours d'une hystérectomie, on avait laissé un ovaire. Dans la discussion qui suivit, tous les orateurs rapportèrent soit des cas analogues, soit des accidents moins graves (RICARD, TUFFIER, SEGOND) et la conclusion fut que, pour maintenir les règles, *il faut laisser l'utérus et un ovaire ; mais que laisser un ovaire seul est dangereux.* (LE DENTU, DELBET).

Il serait peut être exagéré de dire qu'il ne faut jamais laisser un ovaire isolé. Nous n'en voulons pour preuve que la pratique de nombreux chirurgiens qui conseillent de laisser un ovaire sain chez une femme jeune ; mais cependant nous pensons que l'on peut faire beaucoup mieux par l'H. F.

Les greffes ovariennes.

On ne peut attendre mieux des greffes ovariennes. Les discussions de 1909 et 1911, à la Société de chirurgie ; les publications contemporaines ont exposé avec clarté l'inutilité à peu près complète de ces greffes, voire même leurs inconvénients, puisqu'il a fallu, dans certains cas, pratiquer l'ablation ultérieure de la greffe devenue douloureuse (TUFFIER).

Nous pouvons résumer ces diverses méthodes en disant que dans les premières, l'exérèse est insuffisante ou ne s'adresse qu'à des lésions très limitées, dans les secondes l'ovaire, laissé en place ou greffé, n'empêche pas le développement des troubles de ménopause anticipée mais les atténue tout au plus, dans une faible mesure.

AVANTAGES DE L'HYSTÉRECTOMIE FUNDIQUE SUR LES OPÉRATIONS CONSERVATRICES PRÉCÉDENTES

Les résultats éloignés sont bien différents si l'opérée conserve des règles. Nous avons vu que ce fait accidentellement observé a conduit ZWEIFEL, puis KELLY, à pratiquer des hystérectomies hautes.

ZWEIFEL, qui remarque que trois de ses malades chez lesquelles il avait fait une hystérectomie supraisthmique avec conservation des ovaires avaient des suites éloignées exemptes de troubles de ménopause anticipée.

KELLY observe, chez plusieurs malades opérées pour fibromes de la même façon, une menstruation ébauchée et régulière et une santé excellente.

Nous citons plus particulièrement ces deux auteurs, mais c'est un fait connu par de très nombreuses observations que la persistance des règles après une opération gynécologique implique l'absence plus ou moins complète des troubles de ménopause anticipée.

M. TUFFIER, dans un rapport sur les greffes ovariennes,

relate quatorze cas de greffes chez des malades auxquelles on avait conservé l'utérus après ablation bilatérale des annexes. Dans ces 14 cas, pendant deux à cinq mois on observa des malaises généraux puis les règles réapparurent comme avant l'opération et les troubles disparurent parallèlement ; mais les résultats des greffes ovariennes sont incertaines et il vaut mieux, pour garder les règles, laisser un ovaire et l'utérus (HARTMANN).

Il semble donc qu'il existe un parallélisme absolu entre la fonction menstruelle et l'absence de troubles de la ménopause ; or, pour conserver les règles, il faut conserver deux organes : l'utérus et un ovaire.

L'utérus. *La muqueuse du corps utérin est le siège des modifications cataméniales.* DE SINÉTY et BIEDL en ont montré le cycle continu.

Dans une première période prémenstruelle, durant une semaine, la muqueuse devient épaisse, boursoufflée, l'épithélium, les glandes et le chorion participent à cette modification.

Dans une seconde période, de quatre jours en moyenne, l'épithélium desquamme sous l'influence d'une hémorragie sous épithéliale, le chorion mis à nu saigne.

Dans une troisième période de dix-huit jours en moyenne, la muqueuse se reconstitue.

Ce travail continu de la muqueuse du corps utérin existe aussi pour la muqueuse du col et de la portion interstitielle des trompes (TADDEI) mais à ce niveau elle est très minime et, semble-t-il, très négligeable.

Le rôle de l'ovaire est moins connu, mais on sait qu'il exerce une action indispensable. Les cas, rapportés par TERRIER et TILLAUX, de règles persistant après ovariecto-

mie bilatérale rentrent probablement dans ceux de résection partielle de l'ovaire ou d'ovaires supplémentaires.

En pratique, l'ablation des ovaires nous apprend que les règles sont liées à leur présence, mais le mécanisme intime est encore très mal connu.

Mme MULON a exposé dans sa thèse les deux théories principales, qui ont été invoquées.

La théorie de POUCHET et PFLÜGER explique l'hémorragie par la pression du liquide dans le follicule de Graaf amenant une excitation réflexe et la contraction de tous les fibres musculaires lisses du ligament large et des organes génitaux d'où hyperhémie et menstruation.

La théorie glandulaire est plus récente et aujourd'hui plus généralement admise (FRÄNKEL-ANCEL et BOUIN, VILLEMEN). Elle fait intervenir le corps jaune agissant par action humorale, par excitation hormonique.

Aucune de ces théories n'apporte de preuves absolument concluantes sur le mécanisme intime de la menstruation. Nous ne pouvons tenir compte des cas exceptionnels signalés par TERRIER et TILLAUX ; et, en pratique, la chirurgie journalière nous apprend que, pour conserver les règles, il faut garder un ovaire et une partie plus ou moins considérable du corps utérin dont la muqueuse est le siège essentiel des modifications cataméniales.

Nous avons vu d'autre part que la persistance des règles coïncide en pratique avec l'absence de troubles sérieux de ménopause anticipée.

La question revient donc à ceci : garder une partie plus ou moins grande de la muqueuse du corps avec un ovaire bien vascularisé.

L'H. F. telle que nous l'avons définie au début de ce travail répond à ces deux indications, mais, elle présente sur les diverses opérations conservatrices les deux avantages suivants qui sont très importants :

1° Elle permet d'enlever largement aussi bien que dans une hystérectomie banale les deux trompes et un ovaire.

2° Elle enlève la portion interstitielle des trompes et le fond de l'utérus qui est le siège principal des lésions de métrite du corps.

L'infection de l'appareil de la femme se fait dans presque tous les cas par la voie vagino-utérine.

On connaît des cas de salpingites métastatiques, au cours d'infection générale, de salpingo-ovarites d'origine intestinale (appendiculaire). Dans ces cas, la voie est soit la voie sanguine soit la voie de contiguïté (voie péritonéale, HARTMANN, LECÈNE) mais l'utérus dans ce cas peut rester intact.

Ce sont là des cas exceptionnels ; dans la très grande majorité des faits cliniques, c'est le gonocoque ou le streptocoque, aidés d'associations microbiennes (le plus souvent anaérobies), ultérieures qui infectent l'appareil génital par voie ascendante.

L'infection de la cavité utérine est donc en quelque sorte le point de départ de toutes les infections annexielles ultérieures. Les malades atteints de salpingite souffrent, en pratique, toujours de métrite depuis un temps plus ou moins long, les malades, soignées par des moyens médicaux, vont mieux mais gardent cependant une métrite chronique qui entretient les accidents et cause les récides fréquentes et souvent de plus en plus graves des poussées d'annexites.

On ne saurait donc, au cours d'une opération pour lésions annexielles bilatérales, laisser en place avec un ou deux ovaires un utérus atteint fatalement de métrite chronique.

Au contraire, grâce à l'H. F., nous pouvons agir sur la métrite chronique. Les lésions de la cavité utérine prédominent dans le fond et aux angles de l'utérus. Les examens répétés de coupes histologiques ont montré à notre maître M. LECÈNE que les lésions d'endométrite, souvent même polypeuse, étaient prédominantes dans le fond de la cavité utérine. Lorsque l'on ouvre un utérus après hystérectomie on trouve très fréquemment la muqueuse du fond épaisse tomenteuse. Cet aspect est noté dans plusieurs des observations que nous rapportons plus loin. C'est encore cette prédominance des lésions qui conduit nombre d'opérateurs à réséquer la corne utérine et une partie du fond dans la salpingectomie unilatérale, ce qui est d'ailleurs d'une excellente pratique.

INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE FUNDIQUE

Dans leur traité de Gynécologie, FORGUE et MASSABUAU écrivent la phrase suivante : « Toutes les fois que les lésions annexielles sont bilatérales, l'Hystérectomie est la méthode de choix ».

Nous pensons, au contraire, que toutes les fois que les lésions annexielles bilatérales permettent la conservation d'un ovaire chez une femme jeune, il est indiqué de pratiquer une H. F. plutôt qu'une hystérectomie supravaginale ou totale.

Indications avant l'opération.

Les indications avant l'opération sont d'un seul ordre : *l'âge de la malade.*

En effet, nous ne pensons pas que l'on ait un gros intérêt à pratiquer cette opération chez une femme qui approche de la ménopause. La malade de l'observation XII, âgée de 47 ans, a pourtant bénéficié d'un résultat fonctionnel excellent ; mais le résultat peut être nul (observation VIII). Aux environs de la ménopause le bénéfice, s'il existe, est de courte

durée ; et, nous pensons qu'il est plus simple dans ces cas, de pratiquer une hystérectomie totale ou subtotale, suivant les indications fournies par les lésions rencontrées.

Indications au cours de l'opération.

C'est seulement au cours de l'opération une fois l'abdomen ouvert et les lésions exposées que l'on peut se décider à pratiquer une H. F.

Trois points sont à envisager : **L'état de l'utérus, celui des ovaires et du péritoine pelvien.**

1° L'état de l'utérus :

Nous verrons en décrivant la technique opératoire qu'il faut respecter au moins trois centimètres de hauteur de la muqueuse du corps utérin au-dessus de l'isthme. C'est dire que l'utérus atteint de fibrome de la partie inférieure du corps, à plus forte raison de l'isthme ne rentre point dans le cadre de l'H. F. ; quant aux gros utérus atteints de métrite ils rentrent parfaitement dans notre cadre ; presque tous les utérus enlevés dans les observations que nous rapportons étaient gros et atteints de ce qu'on appelle « endométrite chronique hyperplasique » ; quelquefois même ils étaient entourés d'adhérences. Dans l'observation XVIII la muqueuse du fond de l'utérus était très épaisse, fongueuse et présentait de multiples polypes. Malgré ces lésions, dans aucune de nos observations, nous n'avons eu de complications post-opératoires, les suites n'ont pas été influencées par les lésions utérines et les symptômes de métrite ont disparu après l'opération.

2° L'état des ovaires.

Il faut conserver un ovaire sain ou au moins un fragment notable d'ovaire. Nous rapportons ici une observation qui n'a pas trait à une H. F. mais à la conservation d'un segment d'ovaire et qui montre que son rôle équivaut à un ovaire entier.

Mademoiselle O..., 24 ans, employée.

Malade réglée à 18 ans. Règles toujours irrégulières tous les deux ou trois mois, d'une durée très variable parfois très abondantes et contenant des caillots sanguins. Douleurs très vives depuis deux mois précédées et accompagnées d'une leucorrhée abondante ; ces douleurs deviennent insupportables au moment des règles courbant la malade en deux et lui arrachant des cris.

La malade demande d'être débarrassée de ces troubles qui l'empêchent de travailler.

Mademoiselle O... est de petite taille. Les extrémités sont cyanotiques, elle accuse des bouffées de chaleur très fréquentes. Rien au cœur.

Toucher rectal : la malade est vierge.

Utérus infantile en rétroflexion. On sent du côté gauche une masse douloureuse qui est probablement un ovaire kystique.

Opération (LECÈNE) 21 juin 1920.

Laparotomie. Utérus infantile avec double ovaire kystique, les trompes sont saines, *ablation des deux ovaires en conservant une petite bande de parenchyme ovarien en bordure du ligament large.* Péritonisation.

Appendicectomie. Le cœcum et le colon pelvien sont distendus. Fermeture en un plan.

Suites opératoires : normales.

La malade a été revue en novembre 1921 ; très grande amélioration. Encore quelques douleurs sus-pubiennes n'arrêtant pas la malade dans ses occupations. *Les règles sont encore irrégulières ; tous les deux ou trois mois, elles durent en moyenne quatre jours et sont assez abondantes.* Conserve encore quelques bouffées de chaleur. Etat général excellent. Toucher rectal : utérus petit indolent.

Ainsi donc il nous semble que, dans le cas où un ovaire est partiellement sain et l'autre malade, on peut conserver seulement un fragment de l'ovaire le moins malade et en espérer les mêmes résultats que ceux obtenus en gardant la glande entière.

3° L'état du péritoine.

La péritonisation semble avoir été l'écueil qui gênait les opérateurs. La péritonisation à l'aide du péritoine vésical, telle que nous la décrivons plus loin, permet de recouvrir exactement et très facilement toutes les surfaces cruentées ; mais, pour la pratiquer, il faut que le péritoine de la face postérieure de l'utérus soit en grande partie intact, le péritoine rétro-vésical venant s'y adosser au cours de la péritonisation, par conséquent les grosses lésions qui descendent dans le Douglas et y adhèrent, ou, plus simplement, *les cas qui réclament la péritonisation colorésicale nous paraissent sortir complètement du domaine de l'H. F.* ; on pourrait pratiquer un cloisonnement colovésical, mais on laisse dans la

vaste cavité close sous-jacente un gros moignon utérin et un ovaire. Le drainage inférieur vaginal n'est pas possible dans ce cas, puisque l'utérus reste en place, et il nous paraît que l'H. F. doit laisser la place à une hystérectomie totale, où le drainage vaginal est large et facile. Peut-être pourrait-on cependant faire un cloisonnement colovésical avec colpotomie postérieure de drainage ?

Au reste, ces cas que comportent de grosses lésions très anciennes et adhérentes, touchent généralement les deux ovaires et suppriment par là même l'indication de l'H. F.

Ces conditions réunies l'H. F. s'applique à toutes les lésions qui nécessitent une hystérectomie par les méthodes classiques.

Salpingites et annexites bilatérales, anciennes, ne cédant pas au traitement médical.

Observations I, IV, V, VI, IX, X, XIII, XIV, XV, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI.

Grossesses extra-utérines avec lésions sur l'autre trompe, VIII, XVI.

Fibromes du fond multiples, ne relevant pas de l'énucléation.

Soit isolés, II, III, VII, XII.

Soit associés aux lésions précédentes XI.

Enfin KELLY et les auteurs italiens ont pratiqué des H. F. dans plusieurs cas d'utérus donnant des hémorragies répétées abondantes et commandant l'intervention.

Certains cas paraissent relever de petits fibromes sous-muqueux, d'autres étaient des ménorragies douloureuses, dont la pathogénie est des plus complexes et encore si mal connue.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous décrivons ici la technique opératoire telle que la pratique notre maître M. le professeur LECÈNE.

L'incision de la paroi n'a rien de spécial. Verticale médiane ou arciforme du type Pfannenstiel, ainsi que dans les observations VII, XI, XX.

L'abdomen ouvert, les lésions reconnues, l'hystérectomie fundique décidée, et le côté le moins lésé (celui qui garde un ovaire sain) étant reconnu, on commence généralement par ce côté.

Le fond utérin maintenu et attiré par une pince tend les annexes du côté où l'on veut laisser un ovaire. De ce côté, il est indiqué de respecter le pédicule ovarien supérieur. On soulève donc la trompe et on pince dans le mésosalpinx les vaisseaux au ras de l'ovaire ; quelquefois une ou bien au plus deux ou trois pinces suffisent largement à l'hémostase, que l'on pratique sous le contrôle de la vue dans les cas où le mésosalpinx est encore transparent. Le méso est coupé au-dessus des pinces et la trompe libérée depuis le ligament infundibulopelvien jusqu'à la corne utérine.

Du côté opposé, on enlève toutes les annexes comme dans

une hystérectomie subtotale, après décollement des adhérences existantes ; mais, en général, si cela est possible, nous pensons qu'il est préférable de garder intact le ligament rond qui pourra servir à péritoniser.

On passera donc entre l'ovaire et le ligament ainsi que cela a été représenté sur la figure n° 2 (*côté gauche*).

Faut-il garder les deux ovaires s'ils sont sains ? Nous répondrons par l'affirmative mais seulement dans les cas rares du reste où les deux ovaires sont parfaitement sains. L'observation que nous avons rapportée plus haut, montre que le volume du parenchyme ovarien n'a peut-être pas une importance capitale dans les troubles de la ménopause, et il nous paraît, d'après les résultats observés, que l'on peut se montrer aussi généreux dans le sacrifice du tissu ovarien, que parcimonieux dans celui de la muqueuse utérine du corps.

Les deux annexes une fois libérées et ne tenant plus que par leur pédicule utérin, on pratique la section cunéiforme du fond de l'utérus.

Auparavant, au niveau de chaque bord de l'utérus, on place une pince sur l'artère utérine au dessous du plan de section. Cette artère est peu volumineuse à cet endroit et c'est pourquoi on peut aussi bien la pincer après le temps de section.

Où doit-on pratiquer la section en coin de l'utérus ? Sur la figure 3 nous avons représenté la section idéale la plus économique, celle préconisée par BEUTTNER et KELLY. La section porte sur un coin à base fundique à sommet cavitaire. La base est limitée en avant par l'insertion des ligaments ronds. Cette section emporte donc la partie la plus

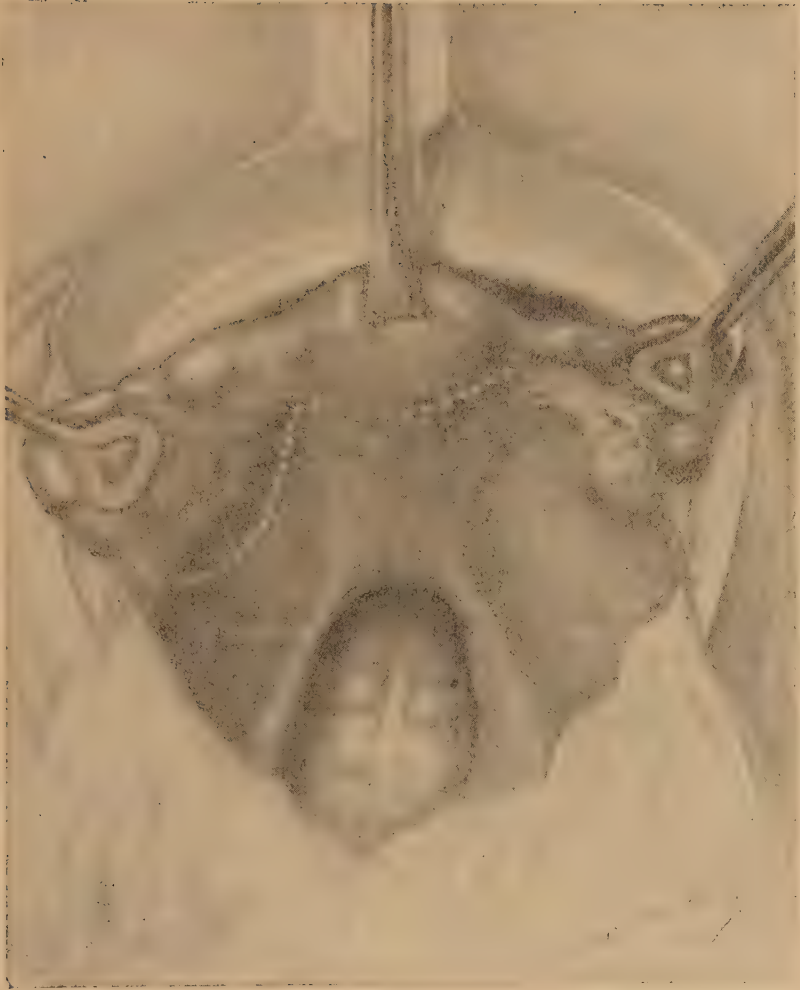


Figure I. — L'utérus attiré en avant, les annexes tendues de chaque côté exposent les lésions. Du côté droit, l'ovaire est sain et la trompe malade ; du côté gauche, les deux organes doivent être enlevés. En pointillé on suit la ligne de section ; à droite, elle passe au-dessus du ligament infundibulo pelvien, vecteur de l'artère ovarienne, et, au-dessus de l'ovaire sain, au-dessous de la trompe à travers le mésosalpinx ; à gauche, la ligne pointillée passe au-dessous des annexes comme dans une hystérectomie subtotalé, mais remonte vers la corne utérine qu'elle n'atteint pas ; au milieu, la ligne de section de l'utérus passe au-dessous du fond.

malade de la muqueuse, c'est-à-dire le fond, les cornes et la portion interstitielle de la trompe.

Mais nous pensons que l'on peut faire plus largement et en particulier dans les gros utérus métritiques très élargis par leur fond, il nous paraît qu'une telle résection serait trop économique, et risquerait de laisser subsister une muqueuse très malade, source possible d'ennuis ultérieurs. Aussi, croyons-nous que, dans ces cas, il faut pratiquer une résection cunéiforme emportant largement tout le fond de l'utérus, y compris l'insertion des ligaments ronds, mais, en laissant cependant intact un segment utérin haut d'au moins trois centimètres au dessus de l'utérus.

Il n'y a aucunement à craindre la rétroversion ultérieure du moignon utérin malgré la suppression de l'insertion des ligaments ronds, étant donné le mode de péritonisation que nous décrirons plus loin, (encapuchonnement vésical).

Temps de réparations.

L'hémostase assurée par des ligatures on fait la suture de l'utérus. La suture des deux lèvres se fera facilement par cinq à six points séparés. Ces points doivent prendre en totalité de chaque côté toute la paroi utérine de manière à affronter largement les deux lèvres. Il pourra quelquefois être utile de mettre un plus grand nombre de points, car la paroi peut saigner en nappe et l'hémostase se fait par affrontement exact des deux berges. En général, l'hémorragie n'est jamais gênante, et, dans les cas où l'hémostase paraîtrait insuffisante, on peut ajouter par dessus ces points un surjet adossant plus étroitement les deux lèvres de la section.

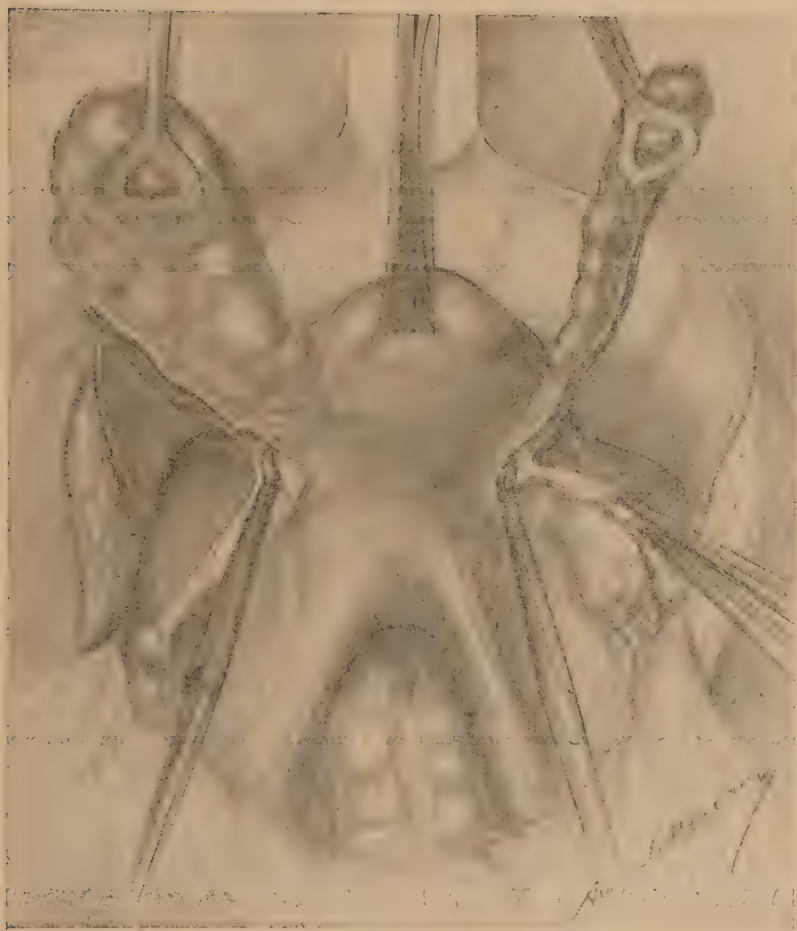


Figure II. — De chaque côté les annexes sont libérées.

A droite, la section passant dans le mésosalpinx intéresse deux ou trois artérioles pincées. La trompe seule est détachée du ligament large :

A gauche, le pédicule externe est lié et les annexes libérées en masse.

De chaque côté de l'utérus, une pince saisit l'artère utérine (facile à voir), au-dessous de la ligne d'amputation du corps utérin.

Cette pratique de la suture de l'utérus en deux plans est celle qui est décrite par BEUTTNER. Mais c'est là, en moyenne, un temps qui complique l'acte opératoire et dans les observations inédites rapportées plus loin, on n'a dû en faire usage qu'une fois (XX). Dans un autre cas, il a fallu lier isolément quelques artérioles de la paroi utérine.

Péritonisation.

C'est là un temps essentiel de l'opération, sur lequel les articles cités plus haut sont généralement bien peu explicites. Il est évident que l'on ne peut péritoniser le moignon utérin aux dépens du seul péritoine utérin puisqu'à ce niveau il adhère au corps de l'utérus jusqu'à l'isthme, et ne saurait être attiré ou plissé.

La péritonisation ne peut se faire qu'aux dépens du péritoine préutérin, ou mieux interutérovésical, mobile et très facile à attirer en arrière.

La péritonisation des parties latérales ne présente rien de spécial. Du côté où l'ovaire a été laissé, la suture de la séreuse passe en avant de lui, le laissant complètement intra-péritonéal. Il n'est pas indiqué d'enfouir l'ovaire dans le nouveau ligament large. Cette situation outre qu'elle ne répondrait en rien à l'anatomie normale pourrait présenter des inconvénients. M. LECÈNE a vu l'ovaire enfoui sous le ligament large être le siège de douleurs et de gonflement particulièrement vifs au moment des époques menstruelles.

La péritonisation de la ligne de suture utérine nous retiendra davantage. Le surjet de péritonisation, arrivé à l'angle latéral du moignon utérin, sera passé de la manière



Figure III. — L'amputation cunéiforme de l'utérus est achevée. On voit au centre la section cunéiforme du corps de l'utérus ; 3 points séparés sont passés pour fermer la cavité, ils prennent la muqueuse et la musculuse.

En avant, surface de sections des ligaments ronds à leur insertion utérine.

De chaque côté, dans les ligaments larges, on a lié l'artère utérine et du côté droit on a lié les artères du mésosalpinx.

suivante. L'aiguille accroche d'abord le péritoine de la face postérieure de l'utérus largement en arrière de la tranche de section, puis elle est passée dans le péritoine rétrovésical juste en arrière de la vessie, à l'endroit où la séreuse est très mobile et facile à attirer en arrière. La pince à disséquer soulève à cet endroit un pli assez large dans lequel on passe le fil. Le premier point doit quelquefois se faire en deux temps, tant est grande la distance qui sépare les deux surfaces péritonéales à accoler ; mais, une fois le premier point serré, le péritoine rétrovésical coiffe de lui-même l'utérus et les autres points du surjet peuvent se passer, en un seul temps et très facilement.

Une fois arrivé à l'angle opposé de l'utérus le surjet se continue simplement en péritonisant les ligatures du ligament large avec le ligament rond et le ligament infundibulopelvien préalablement lié.

En définitive le péritoine rétrovésical *vient recouvrir comme un capuchon le moignon utérin* (v. schéma). La péritonisation est très facile ; la ligne d'adossement ne tire pas, et même si besoin est, on peut pratiquer par le même procédé une double péritonisation, comme dans l'observation IV.

Le reste de la technique opératoire ne présente rien de spécial. Le drainage abdominal serait évidemment possible ; il n'a été employé dans aucune de nos observations.

L'H. F. suivant les cas peut être pratiqué avec quelques variantes :

soit que les lésions étant très accentuées et adhérentes d'un côté, on veuille user du procédé américain, on commence alors la section par le côté facile, y laissant l'ovaire, on



Figure IV. — Les points de fermeture de la cavité utérine ont été liés. Par dessus les points musculomuqueux indiqués sur la figure précédente, on a posé des points de suture adossant les plans musculosé-
reux. (Voir le schéma). La cavité utérine est complètement fermée.

Péritonisation au niveau des ligaments larges. Du côté droit l'ovaire reste intrapéritonéal en arrière de la ligne de péritonisation ; au niveau des angles de l'utérus, le surjet de péritonisation accroche la surface de section du ligament rond et péritonise ainsi la nouvelle corne utérine.

continue par la section cunéiforme du fond utérin, et on finit par le côté difficile.

Soit que, comme le préconise BEUTTNER, on pratique une section médiane sagittale du fond, puis une section horizontale des deux côtés emportant les cornes utérines ; on termine alors de chaque côté par le temps annexiel comme dans l'hystérectomie par hémisection verticale de M. J.-L. FAURE. Ces deux méthodes ne nous retiendront pas. Ce que nous avons dit des indications de l'H. F. montre, croyons-nous, que ce procédé opératoire ne s'adresse qu'à des lésions dont la libération peut, en général, se faire sans procédés spéciaux. Tout en conservant peut-être quelques indications peu fréquentes, il nous paraît que ces deux méthodes sont surtout indiquées par les préférences personnelles de tel ou tel opérateur.

Enfin KELLY signale deux modalités de « l'amputation du corps de l'utérus ».

La *résection cunéiforme* qui répond à l'opération que nous avons décrite.

La *résection transversale* où l'on sectionne horizontalement le corps utérin près de l'isthme en gardant les deux trompes si possible, et en les suturant aux extrémités des ligaments ronds par dessus le moignon utérin.

Cette dernière opération enlève un plus grand segment de muqueuse, et d'après la statistique de BERTINO, elle donne des résultats bien plus aléatoires, puisque dans 9 cas, 4 fois la *menstruation ne fut pas conservée*, alors que dans huit cas de *résection cunéiforme les règles ont toujours persisté*.

Il nous semble donc qu'il faut préférer la *résection cunéi-*

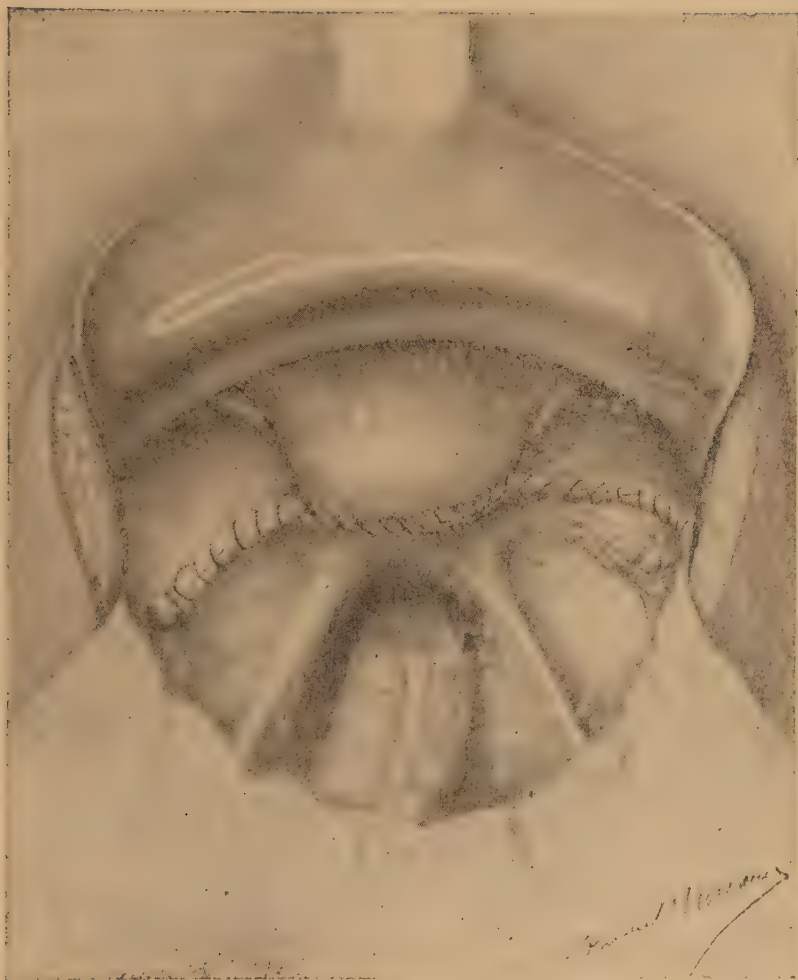


Figure V. — Péritionisation de la ligne de suture du corps utérin.

Le péritoine intervésico-utérin est rabattu en arrière comme un capuchon qui coiffe le nouveau fond de l'utérus. La péritionisation est complète et forme une ligne continue, protégeant les sutures utérines et assurant une hémostase complète.

forme mais l'opération horizontale basse peut conserver ses indications, dans les cas où les lésions du corps utérin descendent plus bas, jusqu'aux environs mêmes de l'isthme (fibromes par exemple).



Figure Schématique. — (Coupe antéro-postérieure médiane du petit bassin).

La section du corps utérin passe largement au-dessus de l'isthme et respecte une grande partie de la muqueuse du corps. La cavité utérine a été fermée par deux plans de suture : un musculomuqueux, un musculoséreux. (Un seul plan total peut suffire). Le péritoine rétrovésical recouvre comme un capuchon cette suture et vient s'adosser au péritoine de la face postérieure de l'utérus.

SUITES OPÉRATOIRES. RÉSULTATS

Pour écrire ce chapitre nous nous servirons surtout des 21 observations inédites que nous rapportons plus loin. Nous avons trouvé d'autres observations dans les articles étrangers (ALBAN HG. DORAN, KELLY, BERTINO, BEUTNER, AUBERT). Nous ne rapportons pas ces diverses observations qui nous ont paru peu utilisables pour une statistique d'ensemble. Les unes ne donnent pas les suites opératoires au delà de quelques jours ; les autres parlent bien de la fonction menstruelle, mais sont muettes sur les troubles de ménopause anticipée. Pour le détail de ces diverses observations nous renvoyons aux articles originaux dont la bibliographie se trouve rapportée plus loin. Nous indiquons dans ce chapitre les résultats d'ensemble que l'on peut en tirer.

Suites opératoires.

Les suites opératoires ont été constamment exemptes d'incidents dans nos observations. Dans les observations publiées antérieurement nous avons trouvé un cas (observations VI de KELLY) où est apparue une double phlébite après une H. F. pour un fibrome hémorragique. Dans tous les

autres cas, les suites ont été celles des hystérectomies par les méthodes ordinaires.

On peut se demander si le mode spécial de péritonisation attirant en arrière la vessie ne pouvait être l'occasion de troubles vésicaux consécutifs.

Aucune de nos malades n'a jamais présenté le moindre trouble vésical, ni immédiatement, ni lorsque nous avons pu les revoir. Dans quatre cas, il a été possible de pratiquer un examen cystoscopique, entre quinze et trente-cinq jours après l'opération.

Dans trois de ces cas on a noté soit de petits plis s'effaçant par la distension. (Vingt-deuxième jour). Soit un pli transversal sus-urétrique (trente-septième jour et cinquante-deuxième jour).

Dans deux cas la capacité vésicale était diminuée, 150 grammes et 180 grammes, mais permettant cependant un examen cystoscopique facile.

En tous cas, ces malades n'avaient aucun trouble, aucune pollakiurie, le contenu de la vessie était parfaitement clair et la muqueuse saine. Nous pensons donc que ces modifications sont sans importance et probablement de courte durée. Peut-être, du reste, les retrouverait-on en examinant en série les vessies des malades ayant subi récemment une hystérectomie par les méthodes classiques.

RÉSULTATS

Nous étudierons en deux chapitres les résultats de l'H.F.

Il est d'abord indiqué de rechercher si les anciennes opérées n'accusent pas de troubles attribuables aux organes laissés.

Métrite de la muqueuse utérine restante.

Douleurs ou autres complications d'origine ovarienne.

Ensuite nous étudierons les résultats de l'H. F. sur la fonction menstruelle et l'absence de troubles de la ménopause.

1° L'état du moignon utérin restant.

Dans tous les cas que nous avons pu revoir, *l'utérus au toucher était antéversé, indolore, mobile et généralement petit.* Dans l'observation XVI l'utérus était de volume à peu près normal. Il s'agissait d'une double lésion annexielle (grossesse, extra-utérine ampullaire et ovaire kystique) aseptique, ce qui avait permis une section très haute du corps utérin. Quant aux *pertes blanches*; sur tous les cas que nous rapportons, dans trois cas seulement les malades en accusaient.

La malade de l'observation VIII présentait, depuis l'opération, des pertes blanches peu abondantes. Dans l'observation IX nous voyons que la malade a eu des pertes légères disparues ultérieurement. Enfin, une autre opérée XIII présentait quelques pertes intermittentes et très peu abondantes. Aucune de ces trois malades n'était gênée par cet écoulement très léger à ce point que, dans chaque cas, c'est l'interrogatoire systématique qui les a fait découvrir. La persistance de ces pertes ne paraît pas imputable forcément au degré de métrite existante lors de l'opération. Seule, l'opérée de l'observation XIII présentait un utérus atteint d'une métrite fongueuse d'aspect hémorragique; les deux autres avaient un utérus sans lésions très importantes; dans l'observation VIII (grossesse tubaire et hémato-salpinx du côté opposé), l'utérus était à peu près intact. En

revanche, les deux opérées des observations XVIII et XX qui présentaient un utérus très malade, ont eu des suites opératoires sans pertes ni douleurs. Nous pensons que l'état de l'utérus plus ou moins atteint de métrite ne contreindique l'H. F. Bien mieux, ainsi que l'ont écrit certains auteurs étrangers (PFANNENSTIEL, COHN, DÜHRSEN), nous pensons que la *résection cunéiforme du fond de l'utérus a une action thérapeutique sur la métrite chronique*. L'exemple nous montre que l'on peut, dans certains cas, voir persister quelques pertes blanches, peu abondantes et de traitement facile, comme on en observe du reste assez souvent après une hystérectomie sub-totale.

2° L'état de l'ovaire restant.

L'ovaire ne nous a pas paru causer de troubles, et, c'est là une notion importante après ce que nous avons vu des suites des greffes ovariennes, ou de l'abandon d'un ovaire au cours d'une hystérectomie complète. Dans deux cas, l'ovaire était peut-être perceptible sous forme d'une petite masse mobile et indolente dans un cul-de sac (III-XIII) mais ne déterminant aucun trouble.

En résumé, *toutes les malades que nous avons revues (17 sur 21) étaient parfaitement guéries*. Deux d'entre elles présentaient encore quelques pertes blanches. Ajoutons que deux autres VI et IX présentaient quelques douleurs lombaires aux époques menstruelles. Ces douleurs étaient peu intenses et n'obligeaient pas les patientes à interrompre leur travail. De même, KELLY signale deux cas (obs. V et VII), où il a observé des douleurs lombaires dans les suites éloignées.

La fonction menstruelle et les troubles de la ménopause anticipée.

Nous avons revu 17 des 21 opérées dont nous rapportons l'observation. Certaines ont été vues peu de temps après leur opération, et, évidemment, nous ne pouvons conclure pour ces dernières que le résultat restera celui que nous avons observé lors du dernier examen. Néanmoins, le résultat même rapproché a une grosse importance, car, c'est en général, d'une façon précoce qu'apparaissent les troubles de ménopause, et la femme commence à en souffrir à l'époque où elle aurait dû avoir ses premières règles après l'opération.

Les règles reviennent en général aux mêmes époques avec les mêmes intervalles qu'avant l'opération. Elles sont presque toujours moins abondantes qu'auparavant.

Dans un certain nombre d'observations (II, III, V, XII, XV, XVII) elles sont très peu abondantes durant un ou deux jours pendant lesquelles la femme perd une ou deux cuillerées de sang, parfois moins. Quelquefois, plus abondantes (VII, IX, XI). Enfin, dans les observations XVI et XX) et (VI, II, VIII de KELLY), les règles paraissaient normales durant quatre, cinq ou six jours et aussi abondantes qu'avant l'opération.

Ajoutons que, souvent les règles sont réapparues pour la première fois toujours à leur date normale sans que l'opération ait semblé les retarder ou les avancer.

Enfin, dans les huit observations de BERTINO, nous voyons les règles réapparaître constamment après résection eunéiforme du fond utérin.

L'opérée d'AUBERT a conservé ses règles, et, sur les trois cas de BEUTTNER, deux ont conservé leurs règles, la troisième n'a pu être suivie au delà du vingt-quatrième jour après son opération.

L'étude des troubles de ménopause anticipée dans nos 21 observations nous donne le résultat global suivant.

Dans 4 cas, (Obs. I, IV, X, XVIII) nous n'avons pu avoir le résultat éloigné.

Dans 13 cas (76 0/0) le résultat a été excellent.

Les anciennes opérées ne présentaient aucun des troubles que nous avons énoncés plus haut; elles se sentaient parfaitement bien. (Obs. V, VI, VII, IX, XI, XII, XIII, XV, XVI, XVII, XIX, XX, XXI).

Dans trois cas (18 0/0) le résultat était moyen.

La malade de l'observation II a engraisé depuis son opération. Les malades des observations III et XIV ont des bouffées de chaleur sans vertiges ni céphalées. Ces troubles sont, il est vrai, très peu intenses; les opérées ne s'en plaignent pas beaucoup. (Obs. II, III, XIV) et ne sont nullement gênées dans leurs occupations.

Dans un cas enfin (6 0/0) le résultat a été nul. La malade, âgée de 40 ans, présente tous les petits accidents de la ménopause anticipée. (Obs. VIII).

Dans ces cas d'insuccès partiel ou total les règles étaient peu abondantes : un à deux jours. Dans le dernier cas, où le résultat était nul, elles étaient presque inexistantes (une à deux gouttes) et légèrement douloureuses.

Si nous détaillons ces résultats, d'après les affections, nous obtenons la statistique suivante :

Sur onze cas d'annexites bilatérales ; 10 résultats excellents, un résultat moyen.

Sur cinq cas de fibromes ; trois résultats excellents, deux moyens.

Sur deux grossesses tubaires avec annexite du côté opposé ; un résultat excellent, un résultat nul.

Les observations des auteurs étrangers apportent malheureusement peu de détails sur les résultats éloignés. Seul KELLY en parle. Sur les neuf observations qu'il rapporte, il a observé deux résultats excellents et un à peu près nul. Dans trois cas il se borne à signaler un bon état général, dans trois autres cas, il n'est pas fait mention des troubles que nous envisageons.

Est-il possible de dire à quoi doivent être attribués les succès ?

1) A la résection trop étendue de la muqueuse utérine. A côté des observations de résection cunéiforme, BERTINO rapporte neuf observations d'Hystérectomie transversale sus-isthmique, dans 4 cas il n'observa pas de règles après l'opération.

2) A l'âge de la malade. C'est le cas de l'observation VIII où la malade était âgée de 40 ans.

3) Enfin nous voyons que les résultats paraissent différents suivant l'affection causale. Les résultats des HF. pour fibromes semblent moins bons que celles pratiquées pour annexites. Cela n'est pas pour nous étonner. On sait que les troubles de ménopause précoce apparaissent au maximum après les hystérectomies pour fibromes, où l'on prive brusquement l'opérée d'ovaires et de muqueuse utérine peu at-

teints, et, au minimum pour les annexites anciennes où les ovaires et l'utérus sont depuis longtemps atteints et malades. L'étude complète de la question demanderait des cas plus nombreux et nous ne pouvons l'envisager actuellement.

OBSERVATIONS

Obs. I. — (LECÈNE). Madame B..., 24 ans. *Annexite double*. Métrite chronique datant de 5 ans apparue après un accouchement ayant nécessité un curettage. Depuis souffre toujours du bas ventre Il y a un an, fausse couche suivie d'un curettage. Depuis ce temps douleurs très violentes, règles durant deux jours et très douloureuses.

Entre le 17 mai 1920 à l'hôpital Saint Louis.

Au toucher vaginal grosses lésions bilatérales immobilisant l'utérus et descendant dans le Douglas.

Opération le 28 mai 1920. (M. LECÈNE). Laparotomie du côté gauche, grosse annexite avec trompe fermée et contenant dans sa paroi plusieurs nodules jaunâtres; ovaire polykystique dont un kyste est peut-être suppuré. Du côté droit hydrosalpinx, ovaire intact.

Hystérectomie fundique avec ablation des annexes gauches et conservation de l'ovaire droit. Résection du fond de l'utérus. Hemostase. Double rangée de sutures sur le corps utérin. Surjet péritonéal enfouissant la ligne de suture utérine. Appendicectomie.

Suites opératoires normales.

La malade sortie de l'hôpital *n'est jamais revenue et n'a plus donné de ses nouvelles.*

Obs. II. — (LECÈNE). Madame G... 38 ans. *Fibrome.*

Entré à l'hôpital St-Louis pour des douleurs pelviennes. La malade a eu deux enfants, après la naissance du dernier il y a 8 ans, elle a commencé à souffrir violemment du bas ventre surtout à droite.

Au toucher gros utérus fibromateux et dans le cul-de-sac droit petite masse très douloureuse. Le cul-de-sac gauche est sensible.

Opération le 19 mai 1920 (LECÈNE).

Laparotomie, on trouve un utérus fibromateux avec un gros ovaire droit.

Hystérectomie fundique avec ablation du fond et des cornes utérines des annexes droites et de la trompe gauche Péritonisation. Appendicectomie. Fermeture pariétale. Le fond de l'utérus examiné présente plusieurs petits fibromes et une endométrite fongueuse très nette.

Suites opératoires normales.

La malade a été revue en décembre 1921.

Malade *réglée régulièrement* pendant un ou deux jours. Les règles sont peu abondantes.

Léger embonpoint. N'a pas de bouffées de chaleur. Cette malade, sur les conseils de son médecin, a pris de l'ocréine. Ne souffre pas, pas de pertes blanches. Aucun trouble vésical, urine normalement.

Obs. III. — (LECÈNE). — Madame P. ..., 29 ans. *Fibrome.*

Entre le 10 juin 1920 à l'hôpital Saint-Louis pour des douleurs abdominales et des métrorragies. Ces métrorragies

ont commencé il y a deux ans, ont augmenté peu à peu de fréquence et depuis un mois la malade perd continuellement. Anémie intense.

L'examen de l'abdomen montre une masse ovoïde qui paraît tenir au fond de l'utérus.

Opération le 16 juin 1920. Laparotomie. Fibrome du fond largement implanté. (Volume d'une tête fœtale). Hystérectomie fundique de l'utérus en conservant les annexes de chaque côté. Fermeture de l'utérus. Péritonisation. Réunion pariétale en trois plans.

Suites opératoires : normales.

La malade a été revue en Décembre 1921. Malade va très bien. N'a plus de métrorragies. Conserve, toutes les trois semaines, *des règles régulières* peu abondantes, durant deux jours sans douleurs. Excellent état général, n'a pas engraisé.

Depuis 2 mois, la malade a eu quelques bouffées de chaleurs peu gênantes, sans vertiges. Leur apparition a coïncidé avec un métier fatigant que la malade a dû prendre.

Pas de troubles vésicaux. Pas de pertes blanches. Au toucher, utérus petit indolent, petite masse indolente dans le cul-de-sac droit.

Obs. IV. — (LECÈNE). — Madame Delphine... 28 ans. *Rétroflexion avec double annexite* : Malade toujours réglée irrégulièrement avec douleurs vives. Fausse couche il y a 6 ans, non curettée, mais suivie pendant 5 mois de douleurs et de pertes.

Depuis 15 jours la malade perd abondamment du sang et souffre du bas-ventre.

Le toucher montre un utérus peu mobile en rétroflexion. Le cul-de-sac gauche est douloureux et empâté.

Opération le 28 juin 1920.

Hystérectomie fundique, ablation des annexes de chaque côté sauf l'ovaire gauche qui est laissé en place. Double surjet de péritonisation. Appendicectomie, fermeture pariétale.

La pièce opératoire comprend un fond utérin épais présentant des adhérences de péritonite ancienne et une double salpingite plus marquée du côté droit.

Suites opératoires normales.

La malade n'a plus donné de ses nouvelles.

Obs. V. — (LECÈNE). Mme Rose P..., 20 ans. (*Double annexite kystique*).

Malade entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 6 décembre 1920 pour les douleurs pelviennes datant de cinq ans.

Les douleurs se sont accentuées notablement depuis un mois avec réaction péritonéale.

Au toucher on sent une double annexite du volume d'une mandarine fixant l'utérus.

Opération : le 17 décembre 1920.

Laparatomie, hystérectomie fundique et ablation d'une double annexite kystique. On laisse en place l'ovaire droit. Suture de la trompe utérine, péritonisation par encapuchonnement du moignon utérin. Appendicectomie.

Suites opératoires : normales.

Malade revue en décembre 1921.

Depuis l'opération elle se sent parfaitement bien : elle a

repris son travail un mois après l'opération et travaille debout sans fatigue.

Les règles viennent tous les 25 jours en moyenne, peu abondantes, durant deux jours, sans douleurs.

Aucun trouble général, ni vertiges, ni céphalée, ni bouffées de chaleur, n'a pas engraissé.

Aucun trouble vésical. Pas de pertes blanches.

Au toucher utérus petit, indolent.

Obs. VI. — (LECÈNE). Mme B..., 32 ans (*Annexite double*).

Malade qui entre à l'hôpital Saint-Louis le 3 février 1921, pour des crises douloureuses dans le bas-ventre.

Un enfant il y a neuf ans, une fausse couche il y en a un.

Règles douloureuses et pertes blanches. Il y a quelques jours, poussée de pelvi-péritonite ayant laissé des lésions qui ne rétrocedent pas. Bouffées de chaleurs. Céphalées.

Au toucher : col gros immobilisé, à droite et en arrière annexite douloureuse du volume d'une mandarine ; du côté gauche douleur au toucher sans masse perceptible.

Opération : 23 février 1921. Laparotomie. Salpingite suppurée droite avec ovaire kystique. L'appendice enflammé y adhère. Salpingite gauche, et ovaire gauche sain.

Hystérectomie fundique, ablation des annexes droites et de la trompe gauche. Suture de l'utérus en deux plans. Péritonisation par encapuchonnement. Appendicectomy.

Fermeture pariétale.

Suites opératoires : normales.

Malade revue le 24 novembre 1921.

La malade va très bien, elle est réglée tous les mois régulièrement mais perd un peu moins qu'auparavant. Les règles

déterminent quelques légères douleurs à droite mais n'obligent pas la malade à interrompre son travail (machine à coudre).

Pas de bouffées de chaleur, pas de céphalée, pas de vertiges comme avant l'opération. Pas d'engraissement. Aucun trouble vésical.

Au toucher l'utérus semble normal, indolent, bien mobile.

Obs. VII. — (LECÈNE). Mme B..., 28 ans. *Fibrome volumineux du volume d'une orange.*

Métrorragies de plus en plus abondantes depuis un an. Syphilis ancienne connue et bien traitée (Neosalvarsan, mercure et iodure). Malgré le traitement les métrorragies continuent,

Opération, 1^{er} mai 1921.

Incision horizontale. Fibrome unique du fond utérin. Du côté droit ovaire volumineux polykystique, à gauche ovaire sain. Hystérectomie fundique, avec ablation des annexes droites et de la trompe gauche. Appendicectomie.

Le fond de l'utérus a été enlevé en V avec le fibrome sous-muqueux. Suture de l'utérus en deux plans ; un profond (points séparés) un superficiel (surjet). Péritonisation complète et à l'aide, du péritoine rétrovésical, on encapsonne le fond du moignon utérin. Le segment du corps utérin conservé à environ quatre centimètres du haut. Fermeture pariétale.

Suites opératoires : normales.

Revue en janvier 1922. *Tous les mois règles de deux à trois*

jours. Aucun trouble de ménopause anticipée, pas de bouffées de chaleur, etc... Pas de troubles vésicaux. Pas de pertes blanches.

Obs. VIII. — (LECÈNE). Mme Van der S..., 40 ans, mécanicienne. *Double hématosalpinx* (grossesse extra-utérine droite), cinq grossesses évoluées jusqu'à terme, une fausse couche il y a 9 ans.

Métrorragies assez abondantes avec caillots noirs durant depuis un mois avec troubles de compression des organes pelviens.

Au toucher : col gros, à droite et en arrière masse volumineuse bloquant et masquant le corps utérin.

Opération le 7 mai 1921.

Laparotomie, à droite grossesse extra-utérine volumineuse avec au-dessous, dans le Douglas, une poche parfaitement libre et pleine de sang (probablement une hydatide devenue apoplectique et rendue libre par la torsion de son pédicule). A gauche, petit hématosalpinx.

Hystérectomie fundique, avec conservation de l'ovaire gauche et ablation des annexes droites et de la trompe gauche. Double surjet sur l'utérus. Encapuchonnement de l'utérus par le péritoine vésical. Appendicectomie. Fermeture pariétale.

Suites opératoires : normales.

Malade revue le 25 novembre 1921.

Réglée tous les mois très légèrement (1 à 2 gouttes) avec quelques douleurs aux époques menstruelles.

La malade présente des troubles de ménopause anticipée.

Quelques bouffées de chaleur quotidiennes vespérales, avec congestion du visage et étouffements.

Elle a engraisié. Pas de troubles vésicaux, quelques pertes blanches très peu abondantes.

Toucher : utérus petit indolent, rien dans les culs-de-sac vaginaux.

Obs. IX. — (LECÈNE). Mlle Adèle M..., 29 ans, femme de chambre. (*Double annexite*).

Entre le 7 mai 1921 à l'hôpital St-Louis pour une double annexite post-partum datant de 6 ans.

Fausse couche il y a un an (sans curettage). Douleurs violentes surtout aux périodes menstruelles.

Toucher : Rétroversion, grosse masse gauche et postérieure, douleur dans le cul-de-sac droit.

Opération : le 9 mai 1921.

Laparotomie : Rétroversion utérine, adhérente au rectum. Double annexite surtout droite, avec ovaire kystique. Les deux trompes sont fermées. Hystérectomie fundique, conservation de l'ovaire normal, ablation des annexes droites et de la trompe gauche. Appendicectomie.

Fermeture pariétale.

Suites opératoires : normales.

Nouvelles reçues en janvier 1922.

Règles régulières, tous les 25 jours, durant 3 jours peu abondantes. *Pas de troubles de ménopause*, pas de bouffées de chaleur, mais se plaint de douleurs aux époques menstruelles. Ces douleurs ne l'obligent pas à interrompre son travail.

Brûlures à la miction sans autres signes urinaires, a eu des pertes blanches disparues ultérieurement.

Obs. X. — (LECÈNE). Mlle Henriette B..., 22 ans, (*Double annexite, appendicite*).

Double salpingite blennorragique datant de deux ans, avec douleurs très vives.

Opération : le 18 mai 1921.

Laparotomie. Double salpingite kystique avec ovaire droit adhérent.

Hystérectomie fundique, conservation de l'ovaire gauche. Ablation des annexes droites et de la trompe gauche, entourées de nombreuses adhérences filamenteuses. Suture en deux plans de l'utérus. Enfouissement sous le péritoine rétrovésical. Appendicectomie. Fermeture pariétale.

Suites opératoires : normales.

Malade jamais revue.

Obs. XI. — (LECÈNE). Mme G..., 30 ans (*annexite double et fibrome*).

Malade qui présente depuis longtemps des douleurs aux époques menstruelles. Aurait eu autrefois une métrite probablement blennorragique avec accidents de cystite.

En décembre 1920, elle présente une crise aiguë d'annexite avec température élevée 39°5.

Réaction péritonéale intense qui nécessite le 15 décembre 1920 une colpotomie postérieure.

On conseille après guérison de la colpotomie une intervention ultérieure.

Revue en mai 1921, présente au toucher à gauche une masse annexielle (mandarine) et à droite une masse moins volumineuse mais douloureuse au toucher.

Opération : le 31 mai 1921.

Incision arciforme sus-pubienne. Appendicectomie. A gauche, annexite kystique adhérente aux parois pelviennes, la trompe est oblitérée et l'ovaire parsemé de gros kystes. Ablation totale des annexes gauches. Au fond de l'utérus, il existe un fibrome intrapariétal (mandarine). On l'enlève par une hystérectomie fundique ainsi que la trompe droite oblitérée et bosselée. Conservation de l'ovaire droit.

Suture en deux plans du fond utérin. Encapuchonnement de l'utérus sous le péritoine vésical.

Suites opératoires : normales.

Malade revue en janvier 1922. *A tous les mois des règles courtes (2 jours). Pas de troubles de ménopause précoce.* Se sent parfaitement bien.

Pas de troubles vésicaux. Pas de pertes blanches.

Obs. XII. — (LECÈNE). Mme H..., 47 ans. (*Fibrome et kyste de l'ovaire*).

3 grossesses, femme vigoureuse, congestive.

Présente depuis quelques années un fibrome utérin qui s'est compliqué, il y a un an, d'une crise abdominale aiguë avec température et douleurs vives. Au toucher : fibrome utérin (tête fœtale) bien mobile et, en arrière et à droite, une tumeur du volume du poing paraissant fluctuante et qui remonte au-dessus du détroit supérieur jusque dans la fosse iliaque. La malade est toujours très bien réglée.

Opération : le 12 septembre 1921.

Laparotomie. Utérus fibromateux et à droite kyste ovarien enclavé dans le petit bassin.

Les annexes gauches sont intactes et portent un gros corps jaune non ouvert.

On enlève le fond de l'utérus qui contient trois fibromes du volume d'une mandarine chacun. Le moignon conservé a environ quatre centimètres de haut au-dessus de l'isthme.

Ablation des annexes et du kyste de l'ovaire droits, ablation de la trompe gauche. Conservation de l'ovaire gauche. Suture utérine en deux plans. Péritonisation complète par réfection du ligament large et encapuchonnement du moignon utérin sous le péritoine vésical. Fermeture pariétale.

Suites opératoires ; normales.

Revue en janvier 1922. *A eu quatre périodes menstruelles de 2 à 3 jours avec des pertes peu abondantes. Pas de troubles de ménopause, pas de troubles congestifs. Rien du côté vésical. Malgré son âge proche de la ménopause naturelle on avait pratiqué une hystérectomie fundique à la demande de son entourage,*

Obs. XIII. — (LECÈNE). Mme R... 32 ans, (mécanicienne). *Annexite kystique, utérus scléreux avec métrite chronique.*

Entre à l'hôpital Saint-Louis, le 12 septembre 1921. Douleurs très vives et métrorragies datant de deux ans, avec plusieurs crises aiguës et fébriles. 5 enfants.

Au toucher, col dur déchiqueté, masse annexielle bilatérale plus grosse à droite.

Opération : le 19 septembre 1921.

Gros utérus double de volume, annexite kystique droite avec hémorragie récente dans un corps jaune à évolution kystique. Hystérectomie fundique (la muqueuse utérine est fongueuse et d'aspect hémorragique).

Ablation des annexes droites et de la trompe gauche.

Conservation de l'ovaire gauche. Appendicéctomie. Suture de l'utérus, péritonisation. Fermeture pariétale.

Suites opératoires normales.

Malade revue en janvier 1922. *A eu régulièrement tous les mois des règles* de deux jours peu abondantes, indolentes.

L'état général est excellent, pas de bouffées de chaleurs, pas de troubles de la ménopause.

Pas de troubles urinaires. Quelques pertes très intermittentes et peu abondantes.

Au toucher, utérus petit, très mobile, indolent. Ovaire gauche palpable et légèrement sensible.

Obs. XIV. — (LECÈNE). Madame Madeleine L..., 28 ans (ménagère). *Annexite double. Métrite chronique.*

Entre le 19 septembre 1921, à l'hôpital Saint-Louis pour une poussée de pelvipéritonite greffée sur des lésions annexielles chroniques. En un mois la crise s'apaise, mais la malade conserve un utérus peu mobile avec des lésions annexielles bilatérales.

Opération le 19 octobre 1921.

Laparotomie. Annexite gauche adhérente au colon pelvien avec reliquat d'abcès inter-ovaro-intestinal. Trompe droite bouchée et adhérente. Corps utérin volumineux. Hystérectomie fundique. Ablation des annexes gauche et de la trompe droite. Conservation de l'ovaire droit. Suture utérine. Péritonisation complète aux dépens du péritoine vésical. Fermeture pariétale sans drainage.

Suites opératoires : normales. Revue en janvier 1922. Malade réglée régulièrement tous les mois.

Règles peu abondantes absolument indolores.

A maigri depuis l'opération mais se sent très bien. Pas de douleurs, pas de troubles vésicaux.

Elle accuse pourtant *quelques bouffées de chaleur* post prandiales qui existaient, dit-elle, avant l'opération mais auraient augmenté.

Au toucher : utérus petit très mobile, indolent.

Obs. XV. — (LECÈNE). Madame B... 30 ans. *Annexite double.*

Deux grossesses. Il y a trois ans, métrite probablement gonococcique avec poussée d'annexite soignée par le repos. En juillet et août 1921, nouvelle poussée d'annexite avec 39°.

Actuellement (septembre 21) on trouve un utérus légèrement rétroverse : à gauche masse annexielle (orange) fixe et douloureuse, à droite masse plus petite.

Opération le 27 septembre 1921. Laparotomie. Hystérectomie fundique, ablation totale des annexes gauches qui forment une tumeur du volume d'une orange. Ablation de la trompe droite oblitérée. Conservation de l'ovaire droit. Suture en deux plans de l'utérus. Péritonisation par encapuchonnement sous le péritoine vésical.

Suites opératoires : normales.

Malade revue en janvier 1922. *A tous les mois des règles* durant deux jours avec très bon état général, *pas de troubles de ménopause*, pas de troubles vésicaux.

Obs. XVI. — (LECÈNE). Madame Aurélie M... 31 ans. (Infirmière). *Grossesse extra-utérine.*

Salpingite il y a neuf ans, depuis a eu deux enfants. Entre

pour des accidents aigus, rappelant un avortement avec tumeur latéro-utérine.

Opération le 5 octobre 1921. Laparotomie.

Grossesse ampullaire droite avec ovaire kystique, à gauche trompe oblitérée. Hystérectomie fundique avec conservation de l'ovaire gauche et ablation des annexes droites et de la trompe gauche.

Suites opératoires : normales.

Revue en décembre 1921. A été *deux fois réglée à peu près comme auparavant* (4 jours), *aucun trouble de ménopause*, va très bien, ne souffre pas. Pas de pertes blanches, aucun trouble vésical. Au toucher utérus d'apparence normal, anté-versé, ovaire palpable à gauche. Le tout est très mobile.

Obs. XVII. — (LECÈNE). Madame Louise V... 26 ans, musicienne. *Annexite double*).

A déjà fait plusieurs séjours à l'hôpital durant l'année 1921 pour des crises de salpingite dans l'intervalle desquelles la malade continue à souffrir.

Opération le 26 octobre 1921. Laparotomie. Annexes gauches volumineuses, adhérentes, pleines de pus, trompe droite oblitérée et enflammée. Hystérectomie fundique. Ablation des annexes gauche et de la trompe droite. Conservation de l'ovaire droit, suture utérine. Péritonisation. Appendicectomie. Fermeture pariétale sans drainage.

Suites opératoires : normales.

Examen cystoscopique (18 novembre 1921) dû à l'obligeance de M. le Dr Wolfromm.

Urines claires. Capacité vésicale de 260 grammes. L'ensemble de la muqueuse est d'aspect normal, on ne note

aucun tiraillement, aucun étirement de la vessie. Les deux orifices urétéraux sains éjaculent régulièrement.

On note 1° quelques plis de la muqueuse en arrière et à gauche de la bulle d'air ; ces plis disparaissent avec 250 grammes de liquide intravésical, ils n'existent que lorsque la vessie ne contient que 100 grammes de liquide ; 2° une petite hémorragie sous muqueuse (petite lentille). Au dessus et à droite de l'orifice urétéral droit. Il est impossible d'affirmer qu'elle n'est pas apparue au cours des manipulations.

Malade revue en janvier 1922. Va très bien. *Aucun trouble de la ménopause*, ne souffre plus. *A eu des règles* de deux jours peu abondantes, indolores. *Aucun trouble vésical*.

L'utérus est petit, indolore, très mobile.

Obs. XVIII. — (LECÈNE). Madame T... 40 ans (mécanicienne). *Métrite chronique. Annexite double*.

Quatre enfants. Il y a quinze ans, la malade fait une crise de salpingite gauche, depuis laquelle elle continue à souffrir. Depuis quelques mois, les douleurs ont augmenté et des ménorragies très abondantes sont apparues.

Le toucher montre un utérus rétrofléchi avec une annexite gauche.

Opération le 9 novembre 1921. Laparotomie. Annexite gauche adhérente et ovaire scléreux adhérent et contenant un gros corps jaune kystique. La trompe droite est adhérente et enflammée. Hystérectomie fundique. La cavité utérine, très agrandie ; contient du pus ; la muqueuse est très épaisse, forme plusieurs polypes massifs, de la grosseur d'un gros haricot. Ablation des annexes gauches et de la trompe

droite. Conservation de l'ovaire droit. Suture de l'utérus en deux plans. Péritonisation avec enfouissement de l'utérus sous la vessie. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : normales.

Examen cystoscopique le 21 novembre 1921, (dû à l'obligeance de M. le Dr Wolf fromm.

Urines claires. (Capacité 250 grammes. La paroi vésicale est saine dans toute son étendue. Les orifices urétéraux ont un aspect normal mais les cornes vésicales sont très développées. On ne peut affirmer qu'il y ait là quelque chose de très anormal (à cause de la fréquence des cornes latérales sur les vessies de femmes saines). Le pli interurétéral est très marqué, ce qui est très rare chez la femme.

La malade n'a pu être revue depuis son opération et nous n'avons pu avoir de ses nouvelles.

Obs. XIX. — (LAUNAY). Mademoiselle M... 24 ans. (Domestique). *Annexite bilatérale* ancienne très douloureuse, récidivant malgré les tentatives de guérison par le repos prolongé.

La malade demande avec instance une opération car elle ne peut continuer son travail. Règles régulières durant quatre jours sans grande abondance.

Au toucher : double annexite peu volumineuse mais très douloureuse.

Opération 25 novembre 1921.

Utérus élargi au niveau de son fond. Double salpingite avec du côté droit adhérences autour de l'ovaire. L'ovaire gauche est intact.

Extirpation de la trompe gauche et des annexes droites. Hystérectomie fundique en conservant intacte l'insertion des ligaments ronds. Fermeture utérine (points séparés). Péritonisation facile grâce aux ligaments ronds que l'on suture au péritoine postérieur au niveau des cornes utérines. Enfouissement de la tranche utérine suturée sous le péritoine de la face postérieure de la vessie.

Suites opératoires : normales.

Malade revue en janvier 1922. Elle a eu à deux reprises des règles régulières peu intenses durant une journée, et précédées de légers maux de tête.

Pas de troubles de ménopause anticipée. Aucun trouble vésical.

Examen cystoscopique le 17 janvier 1922, (dû à l'obligeance de M. le Dr Lauret).

Vessie petite et à sommet effacé. Capacité de 180 grammes, parfaitement claire. Il existe un léger repli falciforme à convexité antérieure.

Aucun trouble vésical, pas d'augmentation de la fréquence des mictions.

Obs. XX. — (LAUNAY). Mademoiselle P..., 28 ans. (Domestique). *Annexite double.*

Malade qui entre à l'hôpital Cochin le 15 novembre 1921 pour des douleurs violentes empêchant tout travail.

Un enfant, une fausse couche. Infection utérine et annexielle ancienne avec poussées aiguës et surtout douleurs très vives. Règles régulières, fréquentes (3 semaines) abondantes (7 jours) et douloureuses.

Au toucher. Utérus gros rétrofléchi adhérent dans le Dou-

glas et douloureux. On ne sent pas de masses annexielles. On se propose de faire une hystéropexie.

Opération le 30 novembre 1921.

Incision arciforme sus-pubienne.

L'utérus est volumineux, entouré d'anciennes adhérences. Les deux trompes sont tendues, adhérentes et remplies de petits kystes. L'ovaire gauche est enflammé. L'ovaire droit est sain.

Hystérectomie fundique large, avec ablation des annexes gauches et de la trompe droite et conservation de l'ovaire droit. Ligature de quelques artérioles de la paroi utérine. Suture de l'utérus (points séparés). Péritonisation complète et enfouissement du moignon utérin sous le péritoine de la face postérieure de la vessie.

Suites opératoires normales.

Les règles sont apparues un mois après durant cinq jours, aussi abondantes qu'autrefois mais indolentes. Jusqu'ici (janvier 1922) la malade n'a présenté aucun trouble général. Pas de troubles vésicaux.

Examen cystoscopique le 5 janvier 1922, (dû à l'obligeance du Dr Lauret). Vessie parfaitement claire, de capacité petite (150 grammes). Sur la paroi postérieure il existe un repli saillant dans la cavité ; au dessus se trouve une dépression peu profonde et ne formant nullement diverticule.

Obs. XXI. — (LAUNAY). Madame P... 23 ans. (Infirmière). *Annexite double.*

Cette malade entre à l'hôpital Cochin le 3 novembre 1921 pour une annexite bilatérale ancienne probablement post-puerpérale. (2 enfants, une phlébite post-partum).

Les douleurs très vives ont augmenté depuis quelques mois et résistent au repos prolongé. Règles abondantes, irrégulières et douloureuses.

Toucher : Double masse annexielle peu mobile, très douloureuse.

Opération le 6 décembre 1921.

Laparotomie. Lésions bilatérales chroniques portant sur les deux trompes, enflammées mais peu volumineuses. L'ovaire droit est malade.

Hystérectomie fundique avec ablation des annexes droites et de la trompe gauche. Suture utérine. Péritonisation sous vésicale.

Suites opératoires : normales.

Jusqu'à maintenant (janvier 1922) *la malade a eu une fois ses règles à l'époque prévue.*

Règles très peu abondantes et indolentes.

Jusqu'ici elle n'a présenté aucun trouble de la ménopause anticipée, ni aucun trouble vésical.

CONCLUSIONS

1° L'hystérectomie fundique, c'est-à-dire l'ablation du fond du corps de l'utérus et les deux trompes, en respectant un ovaire, présente l'avantage de conserver à l'opérée des règles et un état général exempt de tous les troubles de la ménopause précoce.

2° Cette opération nous paraît applicable, après échec du traitement médical, à toutes les femmes jeunes qui présentent des lésions nécessitant une hystérectomie. La condition indispensable étant de pouvoir garder un segment de muqueuse du corps utérin et un ovaire ou un fragment d'ovaire sain.

3° Les contre-indications de l'H. F. sont les suivantes :

Lésions étendues du péritoine compromettant la péritonisation. Lésions bilatérales des ovaires pris en totalité et impossibles à conserver. Les lésions marquées de métrite du corps utérin ne sont pas une contre-indication dans la majorité des cas.

4° Deux points sont essentiels dans la technique opératoire.

a) respecter une portion suffisante de la muqueuse du corps utérin pour conserver la fonction menstruelle.

b) péritoniser aussi parfaitement que possible le moignon utérin à l'aide du péritoine rétrovésical.

4° L'H. F. permet d'obtenir les résultats suivants :

a) Sédation des signes de métrite et en particulier des métrorragies :

b) Conservation des règles généralement régulières, bien que diminuées d'abondance.

c) Absence des troubles de la ménopause anticipée.



Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu le Président
LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur
de l'Académie de Paris
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

Alban H. G. Doran. — *L'Hystérectomie subtotale pour fibrome et la théorie d'Abel Zuckefel.* Lancet, 4 nov. 1903, p. 1340.

Adler. — *Zur Physiologie und Pathologie des Ovarialfunktion.* Archiv. für Gynækologie, 1911, tome 95.

Aubert. — *L'excision transversale cunéiforme du fond utérin.* Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1914. Juin, p. 465.

Bertino (Florence). — *La résection partielle de l'utérus par le procédé de Kelly.* La Ginecologia, 1911. Tome VII, fascicule 4. (pages 97 à 122), et fascicules 8 (pages 269 à 271).

Beuttner (Genève). — Archiv. für gynækologie. 1908, n° 32.

Biédl. — *Innere Secretion.* Berlin-Wien, 1910.

Cohn. — *Keil resection des corpus utéri.* Archiv. für gynækologie, 1907, tome 84, fascicule 1.

Dührssen. — *Keil resection des corpus utéri wegen chronische metritis.* Archiv. für gynækologie, 1908, tome 85, fascicule 3.

Faure et Siredey. — *Traité de gynécologie.*

Forgue et Massabau. — *Traité de gynécologie.* (in *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*).

Kelly. — *Amputation of the uterus.* American Journal of.

Obstetric and diseases of women and children. Avril 1909, p. 591.

Kohn. — *Résection partielle de l'ovaire.* Th. Genève 1910-1911.

Laignel-Lavastine. — *Troubles psychiques dans les syndromes ovariens.* Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Dijon, 1908.

Madame Mulon. — *Essai critique sur la physiologie du corps jaune,* Thèse Paris 1916-17, n° 43.

Pfannenstiel. — *Contribution à la thérapeutique de l'endométrite chronique,* XV^e Congrès international de médecine. Lisbonne, 1906, section 13 (Obstétrique).

Schroder. — *Der normale cyclus des uterus schleimhaut,* Berlin, 1914.

Société de Chirurgie :

— *Conservation des règles après ablation des ovaires.* Terrier Tillaux, 1883, p. 774.

— *Sur les accidents que peut causer un ovaire laissé en place au cours d'une hystérectomie,* 1903. 6 décembre. Routier, Ricard, Tuffier, Segond, Delbet.

— *Greffes ovariennes :*

1909, 27 janvier, Quenu, Sauvé.

1909, 10 février, Mauclaire, Walther.

1911, 23 octobre et 8 novembre, Tuffier, Mauclaire, Hartmann, Routier.

Taddei. — *Sulla funzione secretoria et sulla funzione mestruale della tuba utérina,* La gynecologia, 1911, n° 18.

Watkins. — Société américaine de gynécologie, mai 1911.

Werth (Kiel). — *Conservation de l'ovaire.* Congrès des naturalistes et des médecins allemands. Sept. 1901, et Revue de gynécologie et chirurgie abdominale, 1902, n° 1.

Zweifel. — *Referate über die Behandlung der myomen.* Zentralblatt für gynäkologie, 1899, n° 21, p. 613 à 623.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION	7
HISTORIQUE.....	9
Résumé des diverses opérations conservatrices dans la chirurgie utéro-annexielle et de leur utilité.....	11
Avantages de l'hystérectomie fundique sur les opérations conservatrices précédentes	17
Indications de l'hystérectomie fundique	23
Technique opératoire	29
Suites opératoires, Résultats	43
Observations.....	51
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE.....	73



Imprimerie A. CLERC — SAINT-AMAND (Cher)
